Münster 1937 No 95 Med DiSS

Chirurgische Universitäts-Klinik Münster/Westf.
(Prof. Dr. Hermann Coenen)

Der chronische Zungenabszeß

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster

vorgelegt von

Hanns Lohmann

aus Recklinghausen/Westf.

1937

Druck: Heinrich Pöppinghaus o. H.-G., Bochum-Langendreer.

„Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.)".

Dekan: Professor Dr. Joetten.
Referent: Dozent Dr. Hellner.
Korreferent: Professor Dr. H. Coenen.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Das Krankheitsbild der Zungenabszesse wird von allen Verfassern als recht selten bezeichnet und ist dementsprechend nur wenig beschrieben worden. Eine besondere Arbeit über chronischen Zungenabszesse ist bisher im Schrifttum nicht erschienen. Von den verschiedenen Verfassern sind alle möglichen Namen für die Erkrankung der Zungenabszesse geprägt worden, so spricht Seifert von Tonsillitis praepiglottica phlegmonosa, Butlin von Hemiglossitis, von Mikulicz und Kümmel von Glossitis acuta diffusa.

Nach den Angaben im Schrifttum wird als das Ursprüngliche meist eine vorausgegangene Entzündung einer Gaumen- oder Zungentonsille angenommen, eine Ursache die Krieg bei allen seinen Fällen weder anamnestisch noch klinisch feststellen konnte. Craigie ist nach Butlins Angabe im Jahre 1837 der Erste gewesen, der diesen Zusammenhang feststellte.

Nach Stöhr tritt durch die fortwährende Teilung der Leucozyten in dem Epithel der Balgdrüsen der Zungentonsille eine ständige Schädigung und Zerstörung des Epithels ein, wodurch dem Eindringen von Keimen und damit einer Entzündung der Zungentonsille Vorschub geleistet wird.

Hopmann schreibt, daß die Entstehungsursache der Zungenabszesse nur selten ganz klar zu stellen ist. Seitdem man der Zungenmandel auch klinisch größere Aufmerksamkeit geschenkt hat, lag es nahe, diese als Ausgangsstelle infektiöser Entzündungen anzunehmen mit anschließenden peritonsillären Eiterungen, ähnlich wie bei den Gaumenmandelabszessen. In der Tat kommen akute Schwellungen der Zungenmandel häufig vor. Ihre Abszedierung hingegen ist nur selten beobachtet

worden. Ob aber auch, ähnlich wie bei den Gaumenmandeln, peritonsilläre Abszesse zur Entwicklung gelangen, scheint Hopmann noch nicht genügend durch genaue Beobachtung erwiesen zu sein. Indessen nahmen manche Verfasser dieses Vorkommnis als bewiesen an und glauben, daß in der Aetiologie der Zungenabszesse das Heruntersteigen der Entzündung von den Gaumenmandeln auf die Zungenmandel eine bedeutungsvolle Rolle spielt.

Seifert sieht überhaupt die wichtigste Ursache der tiefergehenden abszedierenden Entzündung an der Zungenbasis, die er, wie oben schon erwähnt, Tonsillitis praepiglottica phlegmonosa nennt, in einer Entzündung der Gaumentonsillen. Weiterhin sah Seifert einen Fall von Abszeßbildung im hinteren Teil der Zunge im Anschluß an eine Angina follicularis.

Brunk berichtet über einen Krankheitsfall ähnlicher Aetiologie, dessen Krankengeschichte ich folgen lasse.

Es handelte sich um eine etwa 40 jährige Frau, die am 31. Juli 1907 in die Behandlung von Prof. Hinsberg kam. Sie war 4 Wochen vorher an einer Angina follicularis erkrankt. Nach deren Zurückgehen blieben aber Schlingbeschwerden bestehen, die allmählich immer mehr zunahmen und seit acht Tagen die Nahrungsaufnahme ganz unmöglich machten. Die Patientin war infolge der mangelnden Ernährung sehr elend und ihr Zustand erforderte baldigste Hilfe. Temperatur zwischen 36 ° und 37,7 °. Von außen war eine geringe aber sehr schmerzhafte Verwölbung in der Gegend der Submaxillardrüse festzustellen. Im Munde erkannte man im hinteren Drittel der Zunge eine erhebliche Schwellung. Die Berührung dieser Anschwellung war sehr schmerzhaft, und diese ließ sich deshalb nicht ganz genau abgrenzen. Fluktuation war nirgends zu fühlen, Kehlkopfeingang und Pharynx waren frei. Ferner bestand eine ziemlich starke Kieferklemme, wodurch eine genaue Untersuchung noch mehr erschwert wurde und gleichfalls operative Eingriffe in der Mundhöhle. Es wurden mit dem gedeckten Kehlkopfmesser mehrere tiefe Einschnitte in den Zungengrund gemacht. Die Eröffnung des Abszesses gelang aber nicht, daher mußte dieser von außen her angegriffen werden. Operation in Äthernarkose. Schnitt durch Haut und Platysma fingerbreit unter und parallel dem linken Kieferaste vom Kieferwinkel nach vorn. Freipräparieren der Submaxillar-

drüse und Umklappen in Verbindung mit dem Hautlappen nach oben. Nunmehr lag der Musculus hyoglossus und über ihm der Nervus hypoglossus frei. Oberhalb dessen wurde mit der Spritze durch den Musculus hyoglossus punktiert und in mäßiger Tiefe Eiter gefunden. Die Fasern des Muskels wurden mit der Kornzange auseinandergedrängt und es entleerte sich dickflüssiger, stinkender Eiter. Mit dem Finger kam man in eine überwallnußgroße Abszeßhöhle ohne besondere Buchten. Einlegen eines Gummidrains, Tamponade der übrigen Wunde, Verband. Die Schlingschmerzen gingen langsam zurück; nach 5 bis 6 Tagen waren sie völlig geschwunden.

Hopmann berichtet von einem Fall, in dem der behandelnde Arzt eine diphterische Angina diagnostiziert hatte.

Wenn also auch das Übergreifen einer Gaumenmandelentzündung auf die Zungenmandel, oder eine primär entstandene Tonsillitis acuta lingualis zu einer Abszedierung der tieferen Gewebeschichten der Zunge oder Zungenbasis führen kann, so ist es doch wahrscheinlicher, daß in der Mehrzahl der Fälle einem Zungenabszeß ein Trauma vorangeht.

Hopmanns Gründe für diese Annahme sind folgende:

Würde der Zungenabszeß regelmäßig eine peritonsillaere Phlegmone sein, so würde er wie bei einer solchen der Gaumenmandel verlaufen, d. h. er würde in der Regel nach wenigen Tagen spontan durchbrechen. Statt dessen sieht man, daß dem tieferen Sitz des Eiters bei Basisabszessen entsprechend der Durchbruch wochenlang auf sich warten läßt. Kommt er schließlich zum Durchbruch, oder öffnet man den Abszeß, so ist der wirkliche Erguß eines zersetzten, stinkenden Eiters die Regel, während fötider Eiter bei den Gaumenmandelabszessen nur in der Minderzahl aller Fälle sich zeigt.

Mit anderen Worten: Wäre der Zungenabszeß regelmäßig und nicht nur ausnahmsweise eine peritonsillaere, abszedierende Phlegmone, so würde er oberflächlich sitzen, wie das bei der Mehrzahl der Gaumenmandelabszesse wirklich der Fall ist. Er sitzt aber meistens sehr tief in dem muskulären Gewebe der

Zunge oder in den bindegewebigen Interstitien der Muskeln, weshalb er auch zum spontanen Durchbruch wenig oder erst bei großer Ausdehnung, dagegen aus demselben Grunde sehr zur Gewebezersetzung neigt. Im einzelnen hat man selbst Abstoßung gangränös gewordener Muskelpartien beobachtet.

Im folgenden bringe ich einen Auszug der Krankengeschichte des Falles von Hopmann, der oben schon kurz erwähnt wurde, bei dem sicherlich eine Verletzung vorangegangen war.

Der 42 jährige Ordenspriester P. F. wurde Hopmann von seinem Arzt wegen eines bis dahin unaufgeklärten Halsleidens zugeführt. Der Patient erweckte den Eindruck als wäre er an einer schweren Angina erkrankt; er hielt den Kopf leicht nach hinten gebeugt, wodurch die erhebliche Anschwellung des äußeren Halses noch mehr hervortrat. Die Schwellung erstreckte sich auf die Submaxillardrüsen, das Unterhautbindegewebe und ging bis zum Sternum herunter. Sie war rechts stärker als links ausgeprägt, besonders rechts vom Schildknorpel. Der ganze Hals fühlte sich bretthart an und glich dem Krankheitsbild der derben Infiltration bei Angina Ludowici. Fingerdruck erzeugte nur seichte Eindrücke. Die Sprache war sehr erschwert, am meisten aber das Schlucken, das kaum unter den größten Anstrengungen und Schmerzen gelang. Selbst Flüssigkeit konnte der Kranke nicht mehr zu sich nehmen. Die Anamnese ergab, daß er vor fast 6 Wochen beim Mittagessen, wo es ein Gericht zerhackter Schweinefüße gab, plötzlich einen Schmerz hinten auf der Zunge rechts verspürte. Er steckte den Finger in den Hals, um den unbequemen Druck durch Würgen loszuwerden, was ihm auch gelang. In den nächsten Tagen fühlte er sich nur wenig behindert. Dann aber nahmen die Schluckbeschwerden wieder zu, es zeigte sich eine Schwellung des äußeren Halses. Nun erst zog der Kranke seinen Hausarzt zu, der die Rachenorgane normal fand und die laryngoskopische Untersuchung durch einen Spezialisten veranlaßte. Dieser stellte ödematöse Schwellung des Kehldeckels besonders rechterseits fest. Unter allgemeiner und örtlicher Behandlung erfolgte anfangs Besserung, später aber wieder Verschlimmerung aller Beschwerden. Gleichzeitig bildete sich der Tumor am äußeren Halse rechts neben dem Kehlkopf aus. Fieber war während des ganzen Verlaufes nicht aufgetreten. Der Kranke klagte namentlich auch über schlaflose Nächte, welche von dem Ausfließen des Speichels und von Erstickungsanfällen bei dem Versuch den Kopf niederzulegen herrührten, sodaß er die Nächte sitzend verbringen mußte. Nach Kokainisierung gelingt die Laryngoskopie soweit, daß sich eine normale Beschaffenheit des Kehlkopfes ergab. Dagegen war der

Zungengrund rechts erheblich geschwollen. Die Palpation ergab dort mehrere erbsengroße, ganz hart sich anfühlende Knollen, welche an karzinomatöse Knoten erinnerten. Trotz Kokainisierung war die Palpation sehr schmerzhaft. Fluktuation war nicht nachzuweisen.

Hopmann stellte folgende Diagnose:

Infolge Eindringens eines Knochensplitters in den Zungengrund entwickelte sich eine phlegmonöse Entzündung desselben und ein Senkungsabszeß außen am Halse. Doch erwog Hopmann differentialdiagnostisch die Möglichkeit einer rasch sich entwickelnden malignen Neubildung, für welche die derben Knoten der Zungenmandelgegend verdächtig waren, gegen welche aber der ganze Verlauf sprach. Am anderen Morgen versuchte Hopmann in Narkose durch Eindringen in die Abszedierung außen rechts am Hals zum vermuteten Fremdkörper zu gelangen. Aber erst nach Durchtrennen eines stark infiltrierten morschen Gewebes gelangte das Messer in der Tiefe in eine kleine Abszeßhöhle, aus der sich nur wenig Eiter entleerte. Sie hatte aber offenbar keinen Zusammenhang mit dem Hauptherd im Zungengrund. Hopmann ging deshalb vom Munde aus mit einer schneidenden Zange vor und schnitt möglichst tief in das infiltrierte Gewebe der Zunge. Aber erst beim Vordringen des Instruments in die tieferen Muskellagen der Zunge gelang es, den Abszeß zu öffnen, wie das plötzliche Auftreten eines aashaften Gestankes und Eiterabganges erwiesen. Mit dem Finger drang er dann in die Abszeßhöhle ein, doch konnte er keinen Fremdkörper finden. Derselbe war vielleicht sehr klein und mit dem Eiter und Bluterguß hinausbefördert worden, oder war überhaupt nur kurze Zeit eingespießt gewesen und bereits in den ersten Stunden durch Würgen entfernt worden.

Hier muß man jedenfalls ein Trauma als ursächliches Moment des Abszesses annehmen, da der Schmerz plötzlich beim Genießen eines reichlich Knochensplitter enthaltenden Gerichtes auftrat und zwar an derselben Stelle, an der sich später die Eiterung zeigte. Die endgültige Heilung der tiefen Wunde beanspruchte 3—4 Wochen.

Wenn die Verletzung als primäre Ursache nicht immer mit Sicherheit festgestellt werden kann, so liegt dieses an der verhältnismäßigen Unempfindlichkeit der Zunge gegenüber leichten Verletzungen, wozu namentlich auch Verätzungen und Verbrühungen durch scharfe oder heiße Speisen und Getränke gehören. Weiterhin werden leichtere Verletzungen der Zunge meistens nicht beachtet oder schnell wieder vergessen. Beson-

ders die Gegend der Zungenmandel, vor allem bei chronischer Vergrößerung, bietet zu solchen Verwundungen leichter Anlaß als der übrige glatte Teil der Zunge. Spitze Fremdkörper, wie aus Versehen verschluckte Grannen, Nadeln oder Nägel, oder mit der Nahrung aufgenommene Knochensplitter oder Gräten verletzen, wenn sie überhaupt in die Zunge eindringen, erfahrungsgemäß am häufigsten die hintersten Partien, d. h. die Gegend der Valleculae und der Zungentonsille. Entweder verursachen die Fremdkörper nur Risse, oder aber sie spießen sich dort selbst ein. Die Vallecula epiglottica ist bekanntlich eine Art Fanggrube für verschluckte spitze Gegenstände. Zu der Verletzung muß sich dann sekundär eine Infektion, das Eindringen von Eitererregern, hinzugesellen, welche das Gewebe in der Umgebung der Verletzung befällt und vielleicht auch einen Gefäßverschluß veranlaßt. Das von der Blutversorgung abgeschnittene Gebiet wird nekrotisch und bildet den Kern des Abszesses. Dieser breitet sich in dem Gewebe durch sekundäre Schwellung der Wandung immer mehr aus, da die in die Zunge eingedrungenen Keime einen günstigen Boden für eine fortschreitende Entzündung finden, und zwar einmal in der Zungentonsille und dann in den größeren Spalträumen der Zunge, die hier nahe an die Oberfläche kommen. Die Eiterung gelangt infolge ihres meist tiefen Sitzes erst nach mehreren Wochen oder gar Monaten zum spontanen Durchbruch.

Hopmann berichtet, daß fast alle seine Patienten fieberfrei waren, was auch bei den Kranken der Chir. Universitätsklinik in Münster beobachtet worden ist. Das Fehlen des Fiebers neben der Einseitigkeit, die Brunk auch besonders betont, und die lange Dauer des Prozesses weisen nach Hopmann auf eine örtlich wirkende, mechanische Schädigung als Ursache der Mehrzahl der Abszesse hin, während eine sekundäre Abszedierung nur in den seltensten Fällen anzunehmen ist. Verletzungen des vorderen Teils der Zunge, vor allem der

Zungenspitzen- und Ränder, die zum Abszeß führen, werden nach Brunk am häufigsten durch Bisse, z. B. Epilepsie, hervorgerufen. Krieg gibt als Ursache neben dem Trauma die Stomatitiden verschiedener Genese, hauptsächlich die merkurialen, an.

Ein Fall von Zungenabszeß nach vorausgegangener Stomatitis wurde an der chirurg. Klinik zu Münster beobachtet. Einen Auszug aus dieser Krankengeschichte lasse ich folgen.

I. Josef M., 61 Jahre,
Kg. Nr. 197/1932.

Patient war früher nie ernstlich krank. 1917 Mastdarmfistel, 1930 Serumkrankheit. Winter 31/32 öfter Stomatitis. Ostern 1932 bemerkte der Patient nach einem erneuten Anfall von Stomatitis eine erbsengroße, harte, schmerzlose Anschwellung in der rechten, vorderen Zungenhälfte. M. hatte keine Schmerzen, keine Gewichtsabnahme. Das Allgemeinbefinden war nicht zurückgegangen.

Befund: Kräftiger, gesund aussehender Mann in normalem Ernährungszustand. Im vorderen Teil der Zungenhälfte, nahe der Mittellinie, fühlt man einen kirschgroßen Knoten unter der Schleimhaut, der tief im Gewebe liegt, wenig druckempfindlich ist, und keine Ulcerationen zeigt. Die submentalen und submaxillaren Drüsen sind nicht vergrößert. 10 Tage nach der Aufnahme Operation in örtlicher Betäubung. Von der unteren Hälfte der Zunge wird der kirschgroße Tumor im ganzen ausgeschält. Beim Aufschneiden des Tumors ergibt sich ein abgekapselter Zungenabszeß. Bakteriologisch fand man anhämolytische Streptokokken. Der histologische Befund ergab einen Eiterherd mit typischer Abszeßmembran. Nach Ausschälung des Tumors wurden einige Nähte gelegt. Der Heilverlauf war glatt.

Ich lasse 3 weitere Fälle von Zungenabszeß, die an der chirurg. Klinik in Münster beobachtet worden sind, folgen.

Die Aetiologie dieser Fälle sicher zu klären, ist uns nicht gelungen.

II. Hermann K., 21 Jahre,
Kg. Nr. 1281/1933.

Vor 2 Jahren soll K. nach seinen eigenen Angaben wegen Überanstrengung magen- und herzkrank gewesen sein, sonst war er immer gesund. Seit 3 Wochen

bemerkte der Patient eine schmerzhafte Schwellung der rechten Zungenspitze, die angeblich von selbst entstanden sein soll. Vor der Aufnahme bestand eine Schwellung der gesamten Zungenspitze. Da die Krankheitserscheinungen sich nicht wesentlich besserten, kam Patient am 23. 9. 33 in die Klinik.

Befund: Mittelgroßer Mann in gutem Ernährungszustand. Temperatur 37,1 °.

In der Mitte der rechten Zungenhälfte ist eine erbsen- bis haselnußgroße Schwellung fühlbar. Der Tumor fühlte sich prall an. Keine Lymphknotenschwellung tastbar. Bei der Inzision in Evipannarkose entleerte sich reichlich Eiter, untermischt mit nekrotischen Fetzen. Auskratzung mit dem scharfen Löffel. Tamponade.

Der Heilverlauf war gut. Die Wunde zeigte frische Granulation. Patient hatte keine Schmerzen mehr. Täglich Tamponwechsel und sorgfältige Mundpflege. Bei der Entlassung am 30. 9. 33 hatte sich das Wundbett stark verkleinert. Keine Tamponade mehr. Temperatur betrug 36,5 °. Der histologische Befund des Abszesses zeigte Reste einzelner, degenerierter Muskelfasern, polymorphkernige Leukozyten, Rund- und Plasmazellen.

Die Diagnose lautete: Zungenabszeß.

III. Christian B., 40 Jahre.
Kg. Nr. 1149/1933.

Die Familienanamnese des B. ergibt nichts besonderes. Als Kind hatte der Patient Masern. Im Jahre 1916 wurde er am rechten Gesäß verwundet. Er lag 6 Wochen im Lazarett und wurde vollkommen geheilt entlassen. 1917 wurde er wieder verwundet, diesmal am rechten Oberschenkel. Nach 5 Wochen Lazarettbehandlung war er geheilt. Mai 1918 hatte der Patient eine Gasvergiftung. Die besondere Art der Gasvergiftung kann er nicht angeben. Sonst ist der Patient nie ernstlich krank gewesen. Von den Kriegsverletzungen hat er auch nichts zurückbehalten. Vor 5 Wochen bemerkte der Patient an der Zungenspitze eine punktförmige Schwellung. Schmerzen hatte er nicht. Die Schwellung wurde größer und hatte allmählich Haselnußgröße.

Befund: Schlanker, kräftiger Mann mit gut ausgebildeter Muskulatur. An der unteren Zungenspitze befand sich eine haselnußgroße Schwellung. Die regionären Lymphdrüsen waren nicht zu fühlen. Temperatur betrug 37,5 °.

Bei der Inzision wurde der Schnitt schräg an der Zungenspitze geführt. Die Schwellung erwies sich als Abszeß mit gelbem dickflüssigen Inhalt. Damit die Inzisionsöffnung offen blieb, wurde die Wunde tamponiert. 6 Tage nach der Aufnahme, am 15. 9. 33 wurde W. beschwerdefrei entlassen. Der histologische Befund ergab eine herdförmige Ansammlung gelapptkerniger Leukozyten. Nach außen daran

lagen in Degeneration befindliche Bündel quergestreifter Muskulatur, die ebenfalls von Leukozyten durchsetzt sind. Weiterhin fanden sich zahlreiche Plasmazellen, eosinophile Zellen und mit Zelldetritus beladene Makrophagen.

Die Diagnose lautete: Älterer Zungenabszeß.

IV. Heinrich K., 64 Jahre.
Kg. Nr. 1188/1934.

Die Familienanamnese des K. ergab keine Anhaltspunkte für geschlechtliche Krankheiten oder Tuberkulose. Als Kind erkrankte der Patient an Scharlach, sonst ist er nie ernstlich krank gewesen. Vor 10 Jahren wurde ihm der linke Hoden extirpiert, der stark verdickt war. Eine Gonorrhoe wurde nicht angegeben. Auch sei der Hoden nicht schmerzhaft gewesen. Seit 1929 klagte K. über rheumatische Beschwerden besonders in den Armen und Schultern. Er wurde aus diesem Grunde invalidisiert. Seit 3 Wochen bemerkte der Patient eine Schwellung auf der Zunge, die nicht schmerzhaft war. Nur beim Essen hatte er geringe Beschwerden. Daß der Tumor gewachsen ist, hatte er nicht bemerkt.

Befund: Mann im guten Kräfte- und Ernährungszustand.

Auf der Zunge im vorderen Abschnitt fand sich eine erhabene, kreisrunde Schwellung von etwa der Größe einer Fingerkuppe. Am 28. 9. 34 zwei Tage nach der Aufnahme zeigte sich auf der Höhe der Schwellung durchschimmernder Eiter. Der Tumor wurde in örtl. Betäubung im ganzen exzidiert. 2 tiefe Catgutnähte. Am 4. 10. 34 wurde K. geheilt entlassen.

Der histologische Befund erhärtet die klinische Diagnose: Zungenabszeß.

In den vorliegenden vier Fällen konnten wir die Ätiologie klinisch und histologisch nicht klären. Wenn auch die überwiegende Wahrscheinlichkeit einer primären Verletzung immer besteht, so müssen doch auch noch andere ätiologische Möglichkeiten in Erwägung gezogen werden.

Butlin gibt als Ursachen der Zungenabszesse z. B. auch Typhus, Erysipel, Variola an. Weiß beschreibt einen Fall nach Scharlach, Ragnow nach Verbrennungen und Verätzungen, Willensky und Huckerny glauben neben dem Trauma den Diabetes, Bisse bei epileptischen Anfällen und vor allem die Aktinomykose beschuldigen zu müssen. Letztere bildet in der Zunge gewöhnlich einen umschriebenen Herd. Klinisch bemerkt

man zuerst eine knollige Verdickung. Die Umgebung des Knollen ist anfangs teigig, später oft bretthart. Erweichen die Knollen, kommt es in der Tiefe zur Bildung einer trüb serös bis schleimigen Flüssigkeit, in der sich die typischen Drüsen befinden. Wirkliche Eiterbildung und damit Abszedierung tritt erst nach Sekundärinfektion mit gewöhnlichen Eitererregern ein, die allerdings nicht allzu selten beobachtet ist.

Von den Eitererregern sollen nach Butlin Staphylokokken in erster Linie bei der umschriebenen Eiterung der Zunge beobachtet worden sein, während Streptokokkeninfektionen mehr zur allgemeinen Glossitis neigen, die fortschreitend Phlegmonen des tiefen Halsbindegewebes und schließlich eine Mediastinitis hervorrufen können. Bei unserer Beobachtung konnten wir bakteriologisch anhämolytische Streptokokken feststellen.

Willensky und Huckerny fanden bei den Zungenabszessen neben Strepto- und Staphylokokken Diphtheriebazillen und Anaerobier. Charles beschreibt einen seltenen Fall von Zungenabszeß, der sich nach einer Glossitis entwickelt hat. Schech beobachtete 2 Fälle von Zungenabszessen nach phlegmonöser Tonsillitis.

Unter den Zungenabszessen unterscheiden wir je nach der Lage 2 Formen, erstens die an der Oberfläche liegenden, die infolge ihres leicht zugänglichen Sitzes sich unschwer öffnen lassen, zweitens solche, die durch ihre tiefe Lage am Mundboden, der Zungenbasis, einen operativen Eingriff nicht immer einfach erscheinen lassen.

Vor allem muß immer eine Abgrenzung der Zungenabszesse von anderen eitrigen Entzündungen der Mundhöhle nach anatomischen Gesichtspunkten erfolgen. Unbedingt zu unterscheiden ist zwischen den Zungenabszessen und der Angina Ludowici. Letztere nennt Pieniazek submentale Phlegmone; er nimmt als Abgrenzung zwischen den beiden den

Muskulus mylohyoideus an. Alle Entzündungen, die über diesem Muskel liegen, also zwischen den Zungenmuskeln entstehen, faßt er als Glossitis auf, dagegen die zwischen der Halsfaszie und dem Musculus mylohyoideus sich entwickelnden als submentale Phlegmone.

Aus dem Sitze des Abszesses kann man einigermaßen die Gefährlichkeit desselben beurteilen. Die leichter verlaufenden Abszesse haben, soweit es sich nicht um eigentliche Abszesse der Zungenmandel selbst handelt, ihren Sitz im vorderen oder mittleren Teil der Zunge, gewöhnlich am Zungenrand oder ihrer Oberfläche. Diese Abszesse sitzen höchst selten in der Mitte der Zunge, sondern meistens, wie auch die schweren Abszedierungen der Zungenwurzel, auf einer Seite.

Der Verlauf der im mittleren und vorderen Teil der Zunge sitzenden Abszesse ist, wie oben schon kurz erwähnt und, wie auch aus den Fällen der Chirurg. Klinik zu Münster ersichtlich, nie ernstlich oder gar für das Leben bedrohlich. Das Krankheitsbild der Zungenwurzelabszesse hingegen ist meist ernst und gefahrdrohend.

Das Krankheitsbild der Zungenabszesse verläuft in der Regel merkwürdigerweise fieberfrei oder mit nur geringem Temperaturanstieg. Ihr Verlauf erstreckt sich gewöhnlich über mehrere Wochen und gar nicht selten über Monate.

Beim Zungenwurzelabszeß ist die Zunge in ihrem hinteren Teil stark geschwollen und verdickt, sodaß sie kaum über die Zahnreihe herausgestreckt werden kann, dabei besteht Kieferklemme und durch den behinderten Schluckakt Stauung des Speichels am Mundboden, der einen üblen fötiden Geruch verbreitet. Der Kranke hält den Kopf im Nacken nach hinten gebeugt, wodurch die Nackenmuskulatur straff gespannt wird, was wiederum ein Vorziehen der dem Larynx vorgelagerten Gebilde bewirkt; hierdurch erhält der Kranke besseren Luftzutritt. Die Artikulation der Konsonanten ist so erschwert, daß der

Patient nur noch ganz verschwommen sprechen kann. Infolge der schmerzhaften Behinderung des Schluckaktes fangen die Kranken bald an, abzumagern. Die anfangs schon auf das Äußerste beschränkte, schließlich aber gänzlich eingestellte Zunahme von Nahrungsmitteln, selbst in flüssiger Form, bewirkt bei der meist langen Dauer der Entzündung einen außerordentlich schnellen Verfall des Kranken. Diese Inanitionsschwäche stellt eine große Gefahr für den Kranken dar, die durch drohende Erstickungsanfälle und Schluckpneumonie noch vermehrt wird. Die bei den tiefen Abszessen der Zungenwurzel auftretende Atemnot ist durch den Druck der geschwollenen Zungenwurzel auf den Kehlkopfeingang zu erklären, wobei das sekundäre entzündliche Oedem der Epiglottis zur Verstärkung der Atemnot beitragen wird. Über eine notwendig gewordene Tracheotomie wird jedoch im Schrifttum höchst selten berichtet.

Einen solchen Fall beschreibt Charles.

Eine weitere ernste Gefahr kann der plötzliche Durchbruch des Eiters und dessen Überschwemmung des Kehlkopfes mit sich bringen. Auch die Bildung von Senkungsabszessen oder Mestatasen und die Infiltration des unter den tieferen Halsfascien gelegenen Bindegewebes mit ihrer Druckwirkung auf Gefäß und Kehlkopf erhöhen die Lebensgefahr. Zuletzt kann durch Übergang in eine eigentliche Sepsis der Tod herbeigeführt werden.

Die Diagnose sowohl der vorderen wie auch der hinteren Zungenabszesse ist nicht immer eindeutig zu stellen. Die Abszesse des vorderen und mittleren Zungenteils lassen sich meistens als kirsch- bis wallnußgroße Tumoren mit mehr oder weniger deutlicher Fluktuation, deren Sitz am häufigsten sich in Nähe des Zungenrandes oder der Spitze befindet, erkennen. Größe, Form und Beweglichkeit der Zunge bleiben im wesentlichen unberührt. Anders bei den tiefen Abszessen der Zungenwurzel. Läßt man den Mund öffnen, so füllt die geschwollene

zunge den größten Teil der Mundhöhle aus; sie ist nach ihrer Wurzel zu um das Doppelte bis Dreifache verdickt. Oft sieht man sie als unförmliche Anschwellung unter dem Kinn hervortreten. Die Palpation der Unterfläche der Zunge neben dem Frenulum pflegt schon schmerzhaft zu sein. Die Schmerzhaftigkeit steigert sich, je mehr man, den Zungenrücken nach hintenzu abtastend, sich dem Abszeßherd nähert. Diese kaum trügenden Zeichen einer bestehenden umschriebenen Entzündung werden durch eine starke Anschwellung des der Abszeßhöhle benachbarten Gewebes der Zunge gesichert, nicht aber immer durch Fluktuationsgefühl. Dieses ist wegen der in der Regel prallen Füllung der Abszeßhöhle und wegen deren tiefen Lage gewöhnlich nur undeutlich, wenn überhaupt wahrnehmbar.

Hopmann gibt an, daß entzündliche Erscheinungen der Rachenorgane bei tiefen Zungenabszessen völlig fehlen können. Die Spiegeluntersuchung bei Basisabszessen, falls sie noch möglich ist, wird immer den Sitz des Abszesses aufklären, da die eine Hälfte des Zungenrückens vor der Vallecula ganz besonders aufgetrieben ist. Ihre Umgebung, namentlich die betreffende Seite des Kehldeckels erscheint des öfteren oedematös entzündet. Bei der Phlegmone des Kehlkopfeinganges, dem Glottisödem, ist die Einseitigkeit niemals so ausgesprochen. Die bei den tiefen Abszessen auftretende Atemnot wird, wie oben schon erwähnt, durch den Druck der vergrößerten Zungenwurzel auf den Kehlkopfeingang und durch das sekundäre Glottisödem verursacht.

Die Abgrenzung des Zungenabszesses gegenüber anderen Krankheitsbildern ist, wie aus dem Vorangegangenen ersichtlich, oft schwer. Die Verwechslung eines Zungenabszesses mit einer abszedierenden Tonsillitis kann, falls eine genaue Übersicht über den Rachenraum möglich ist, meistens vermieden werden. Der immer akutere Verlauf, das hohe Fieber der

abszedierenden Tonsillitis spricht immer gegen Zungenabszeß. Viel schwerer ist die Unterscheidung bei chronischem Verlauf der Zungenabszedierung gegenüber einem Krebs, zumal wenn, wie Hopmann in 2 Fällen von Zungenabszeß beschreibt, eine sehr harte und erhebliche Infiltration der Papillae circumvallatae einer Seite dabei auftritt.

Der Krebs der Zunge verläuft nämlich, ähnlich wie der Zungenabszeß in 2 Formen, je nachdem er von der Schleimhaut oder von den in der Tiefe gelegenen Drüsen ausgeht. Die oberflächliche Form beginnt als kleine warzenförmige Verdickung und Erhebung der Schleimhaut. Später kommt es im Zentrum des Karzinoms zur Einschmelzung und Erweichung; es entsteht dann ein kraterförmiges Karzinomgeschwür mit infiltriertem Wall.

Bei der tiefen Form des Zungenkrebses bemerkt man zuerst unter der intakten Schleimhaut einen umschriebenen harten Knoten, der ständig wächst. Später wird die Schleimhaut erweicht, die eingetretene zentrale Erweichung tritt nach außen in Erscheinung und so entsteht wieder ein Krebsgeschwür. Beide Formen des Zungenkrebses werden später einander immer ähnlicher. Im weiteren Verlauf infiltriert die Geschwulst die Zunge mehr und mehr. Sie wird dadurch immer unbeweglicher. Kauen und Sprechen ist behindert, mit anderen Worten, es treten dieselben Symptome auf, die wir bei den tiefen Zungenabszessen kennen gelernt haben. Der Zerfall der Geschwulst nimmt allmählich zu. Zu den nekrotischen Massen gesellen sich Speisereste, die bei der fortschreitenden Unbeweglichkeit der Zunge immer mehr stagnieren und zur Zersetzung und Verjauchung kommen. Daß es dann von dem jauchenden Geschwür zur Phlegmone und selbst zum Abszeß kommen kann, ist selbstverständlich. Der letale Ausgang erfolgt meist sehr schnell an Inanition, Aspirationspneumonie oder auch Arrosionsblutung.

Wie wir gesehen haben, decken sich viele Erscheinungen vom Zungenkrebs mit denen einer chronischen Abszedierung, namentlich die örtliche Infiltration und Schmerzhaftigkeit, die Schwerbeweglichkeit der Zunge und unter Umständen die begleitende einseitige submaxillare Drüsenschwellung. Aber die Anamnese, der verhältnismäßig doch schnellere Verlauf der Abszedierung im Vergleich zum Wachstum des Zungenkrebses, die Abwesenheit eigentlich entzündlicher Erscheinungen bei den letzteren wird dem Untersucher die größere Wahrscheinlichkeit eines Abszesses bzw. eines Krebses wohl immer aufdrängen. Steigern sich doch alle Beschwerden vor allem aber die örtlichen Schmerzen beim Zungengrundabszeß rasch derart, daß nur ein schon ulzeriertes Karzinom der Zungenwurzel Schmerzen von gleicher Stärke aufweist. Weiterhin ist die Beweglichkeit der Zunge sogar bei entwickeltem Karzinom des hinteren Zungenabschnittes selten so erheblich herabgesetzt, wie man es bei tiefer Abzedierung dieser Gegend beobachten kann. Die Schwierigkeit der Abgrenzung des chronischen Zungenabszesses gegenüber Zungenkarzinom zeigt uns folgender Krankheitsfall, den Hopmann beschrieben hat.

Ein 60-jähriger Werkmeister litt schon seit 4 Wochen an Schluckbeschwerden, welche seit 8 Tagen unter Hinzutreten von Atemnot erheblich zugenommen hatten. Die Zunge konnte nur wenig vorgestreckt werden. Der Zungenrücken war hart infiltriert und besonders nach hinten zu aufgetrieben. Der Patient hielt den Kopf nach hinten herübergebeugt, sodaß eine erhebliche Drüsenschwellung unter dem Kinn vorsprang. Der Kranke konnte wegen des starken Speichelflusses und wegen der Unmöglichkeit, sich niederzulegen, nicht schlafen. Druck auf die Zunge war sehr schmerzhaft. Patient war nicht bettlägerig und hatte auch kein Fieber. Das Alter des Kranken, die erhebliche Drüsenschwellung, der Mangel des Fiebers und entzündlicher Erscheinungen an der Epiglottis, wie laryngoskopisch nachgewiesen wurde — und die Härte der Zunge ließen die Diagnose Zungenabszeß zweifelhaft erscheinen, und an die Möglichkeit einer schnell sich entwickelnden malignen Geschwulst denken. 8 Tage später stellte sich der Kranke, von seinen Beschwerden größtenteils befreit, wieder vor. In der letzten Nacht sei der Tumor der Zunge

plötzlich aufgebrochen und es habe sich viel stinkender Eiter entleert. Seither könne er wieder schlucken und sprechen.

Die laryngoskopische Untersuchung ergab im hintersten Abschnitt des Zungengrundes links von der Mittellinie eine Perforation. Die Diagnose muß also chronischer Zungenabszeß lauten.

Weiter kommt differentialdiagnostisch ein Sarkom der Zungenmuskulatur in Frage. Ein besonderes äußeres Merkmal, das die Sarkome in ihrem äußeren Aussehen auszeichnet, ist nicht vorhanden. Als Kennzeichen der Sarkome kann meistens ihr schnelles Wachstum anerkannt werden. Anfangs längere Zeit als kleine umschriebene Knoten von langsamem Wachstum, ähnlich den chronischen Zungenabszessen, können sie dann plötzlich ein ganz schnelles Wachstum zeigen, zerfallen und kraterförmige Geschwüre bilden, womit die Abgrenzung gegenüber Zungenabszeß dann klar geworden ist. Für ein Sarkom spricht ferner oft das frühzeitige Auftreten sehr heftiger Schmerzen. In der Mehrzahl der Fälle tritt der Tod wie beim Karzinom an Komplikationen ein; solche sind Arrosionsblutungen, Aspirationspneumonien und Inanition.

Die oberflächlich gelegenen chronischen Zungenabszesse sind vor allen Dingen schwer gegenüber Retentionszysten zu unterscheiden. Die durch Verlegung der Ausführungsgänge der Schleimdrüsen entstehenden Schleimhautzysten kommen im Bereich der gesamten Mundschleimhaut vor, also auch an der Zungenschleimhaut, wenn hier auch seltener. Sie zeigen sich als kleine hirsekorn- bis haselnußgroße Tumoren, deren Inhalt fadenziehender Schleim ist. Spätere Vereiterung dieser Zysten kommt selten vor. Bis wallnußgroße Retentionszysten an der Zungenspitze, die im Schrifttum beschrieben worden sind, gehen wohl sämtlich von den Nuhnschen Drüsen aus.

Diese Retentionszysten an der Zungenbasis verdanken ihre Entstehung den größeren Schleimhautdrüsen in der Gegend der Papillae circumvallatae oder Resten des Ductus thyreoglossus.

Weitere Zysten, die zu Verwechselungen mit Zungenabszessen führen können, sind die Dermoidzysten. Man scheidet sie in sublinguale und submentale Zysten, je nach dem sie ihre Entwickelung von der Gegend des Frenulums oder des Zungenbeines nehmen, und dementsprechend an der Oberfläche der Zunge oder in der Zungenmuskulatur in der Tiefe liegen. Das langsame Wachstum der Dermoidzysten ist charakteristisch. Weiterhin ist bemerkenswert, daß es sowohl spontan wie auch nach einer Punktion oder Inzision einer Dermoidzyste zu einer Infektion und damit auch zur Bildung eines Zungenabszesses kommen kann.

Willensky und Huckerny halten weiter neben der Ranula herpetiforme Eruptionen der Zunge für differentialdiagnostisch wichtig.

Ferner kann die umschriebene tuberkulöse Infiltration, das Tuberkulom, mit seinem Sitz vor allem am Zungenrand, Anlaß zu differentialdiagnostischen Schwierigkeiten gegenüber einem Zungenabszeß geben. Durch Einschmelzung der Oberfläche entsteht das tuberkulöse Geschwür, durch zentrale Erweichung entsteht der tuberkulöse Abszeß. Der Allgemeinbefund bei Tuberkulose spricht in der Regel für Tuberkulom und gegen Zungenabszeß, vor allem der Nachweis eines im Gange befindlichen Kehlkopf- oder Lungenleidens, sowie der Nachweis von Tuberkelbazillen.

Schließlich werden Veränderungen des dritten Stadiums der Syphilis an der Zunge beobachtet. Sie treten in 2 Formen auf, dem umschriebenen Gumma, das uns differentialdiagnostisch und auch pathogenetisch, wie das oben erwähnte Tuberkulom, interessiert, und der diffusen syphilitschen Sklerose. Das Gumma tritt an der Zunge entweder als oberflächlich gelegener Höcker oder als umschriebenes Infiltrat in der Tiefe der Muskulatur auf. Durch Perforation der Schleimhaut entsteht ein krebsähnliches Geschwür, dessen Grund speckig-

schmutzig und mit glasigen Granulationen bedeckt ist, durch zentrale Erweichung kommt es gegebenenfalls zu einem Abszeß.

Die Behandlung der Zungenabszesses hat sich früher häufiger auf konservative Maßnahmen beschränkt. Die örtliche Anwendung von Eis, Schwitzkuren und Abführmittel sind sicher in der Lage, manche Entzündung der Zunge, die im Entstehen begriffen ist, zurückzudrängen. Hopmann empfiehlt im Beginn der Erkrankung das Anlegen von Blutegeln an den Kieferwinkeln. Auch Entspannungsschnitte oberflächlicher Art können schon in diesem Stadium bei tiefer sitzenden Abszessen nach Hopmann gute Dienste tun. Tritt Erweichung ein, so sucht Hopmann diese durch Priesnitzsche Umschläge, Mund- und Zungenbäder zu fördern. Brunk und Hopmann treten dafür ein, daß bei Eiterbildung nicht früh und ergiebig genug operativ vergangen werden kann.

Bei oberflächlichen, nahe der Mundhöhle gelegenen Abszessen im vorderen oder mittleren Teil der Zunge, wie sie sämtlich an der Chirurg. Klinik in Münster vorgekommen sind, bietet die gründliche Entleerung des Eiters keine Schwierigkeiten, da ihr Sitz sicher festgestellt werden kann. Auch Abszesse am Zungengrund sind gut zu finden und von der Mundhöhle zu eröffnen, wenn sie nahe der Zungenoberfläche liegen.

Anders bei den tiefen Zungenwurzelabszessen, die weit von der Mundhöhle entfernt zwischen den Muskelbäuchen der Zunge in der Nähe des Zungenbeines liegen. Wie wir schon oben angeführt haben, ist nicht einmal die Diagnose immer ganz eindeutig zu stellen. Noch schwieriger ist es, den Entzündungsherd genau zu umschreiben, da das Betasten der Zunge für den Patient sehr schmerzhaft ist, und man vom Munde aus nicht viel mehr als ein hartes Gewebe fühlt. Ob es im Innern des Infiltrats bereits zur Einschmelzung gekommen ist, läßt sich nur mit Wahrscheinlichkeit aus der Dauer der Erkrankung

und aus dem Aufhören des Weiterschreitens der Entzündung schließen. Die Abtastung von außen kann zur Abgrenzung des Entzündungsherdes noch weniger beitragen.

Zur Eröffnung der Zungenabszesse werden im Schrifttum die verschiedensten Wege vorgeschlagen. Hopmann empfiehlt tiefe Einschnitte vom Munde aus; der Blutungs- und Nachblutungsgefahr begegnet er durch Ausstopfen der Operationswunde mit Gazestreifen.

Kocher rät, in Narkose durch die Zunge einen Faden zu legen und hieran sie vorzuziehen, bei der nachfolgenden Inzision die Mittellinie einzuhalten, weil bei dieser Methode die geringste Blutungsgefahr bestehe.

Von Bergmann gibt die Vorschrift, mit dem Finger, ungeachtet aller Schmerzen des Patienten, nach dem Zungengrund vorzugehen und hier mit einem sichelförmigen Messer tief einzuschneiden; wenn man auch hierbei nicht immer auf den Eiterherd stößt, entlaste man aber doch und schaffe so dem Patienten Erleichterung.

Partsch gibt große Schnitte zwecks Auffindung und Eröffnung der Abszesse an. Zur Diagnose aber auch aus therapeutischen Gründen ging Escat bei tiefen Zungenabszessen von der Seitenfläche der Zunge aus mit einem Troicart ein. Willensky und Huckerny empfehlen bei Beginn der Erkrankung antiseptische Mundspülungen, später beim Auftreten von Fluktuation ebenfalls Inzision vom Munde her.

Die Schattenseiten, die die Eröffnung der tiefen Zungenabszesse durch den Mund hat, sind vor allem, die schlechte Übersicht über das Operationsgebiet und die Gefahr von Nebenverletzungen. Letztere bestehen besonders in der Verletzung der Arterien, deren Blutung nicht immer ganz leicht zu beherrschen ist.

Partsch rät daher bei Zungenabszessen, deren Sitz in Nähe des Zungenbeines ist, von außen vorzugehen, gibt aber

den genaueren Weg nicht an; gleichfalls erwähnt von Bergmann die Operation von außen, und zwar ein Vorgehen in der Medianebene zwischen den Musculi genioglossi. Er befürwortet diese Methode, weil sie neben einer ausweichenden Entlastung die Gefahr des Herabfließens von Blut und Eiter in die Luftwege ausschließt, somit einer Schluckpneumonie vorbeugt.

Boeckel ist der erste gewesen, der diesen Weg eingeschlagen hat.

Es handelte sich um einen Fall von tiefem Zungenabszeß, dessen Eröffnung Boeckel von der oberen Zungenbeingegend aus vorgenommen hatte. In der Narkose wurde ein 6 cm langer transversaler Einschnitt in der rechten seitlichen oberen Zungenbeingegend gemacht, der die Haut und das Platysma durchtrennte. Nach Durchtrennung des Musculus mylohyoideus und nach Blutstillung zweier kleiner Muskelarterien wurde die Hohlsonde in den rechten Mundwinkel eingeführt. Die Abszeßhöhle wurde so eröffnet und dem Eiter wurde Abfluß verschafft. Heilung erfolgte nach 14 Tagen.

Da die Heilung 14 Tage in Anspruch genommen hatte, glaubt Hopmann, diese Methode ablehnen zu müssen, zumal seine Heilungserfolge auch bei tiefen Zungenabszessen mit dem Operationsweg vom Munde her durchaus befriedigend seien.

Killian hat das Verdienst, in gründlicher Weise die Ausbreitungswege der Zungengrundabszesse in anatomischer Hinsicht dargelegt zu haben. Aus diesem topographisch-anatomischen Bild zieht er die therapeutischen Folgerungen.

Für das Fortschreiten der Zungengrundabszesse stellt er 2 hauptsächliche Wege fest. Killian glaubt nämlich, daß Abszesse und Phlegmonen nicht ihren Sitz im Muskelgewebe selbst, sondern in den intermuskulären Bindegewebsspalten haben, so auch bei den Zungengrundabszessen. Killian gibt

uns eine eingehende Schilderung der Hauptspalträume der Zunge. Er unterteilt die Spalträume der Zunge in einen paarigen lateralen und einen unpaarigen median gelegenen. Da, wo sich die beiden Genioglossi unter Bildung einer Bindegewebsschicht aneinanderlegen, entsteht der sogenannte mediane Spaltraum. Er beginnt vorne am Kinn und reicht bis an die Epiglottis. Als lateralen Spaltraum bezeichnet er das Bindegewebsseptum zwischen dem Musculus hyoglossus und genioglossus; hinten geht der Spaltraum in die Retroviszeralspalte über. Im lateralen Bindegewebsseptum verläuft weiterhin die Arteria lingualis. Das peritonsillaere Bindegewebe der Arteria lingualis verschafft dem lateralen Spaltraum Zugang zur großen Halsspalte. Daß die Entzündungen vor allem des lateralen Spaltraumes sich auf die miteinander in Verbindung stehenden Spalten, wie Retrovisceralraum und die Gefäßspalte der Jugolaris und Carotis, ausdehnen können, ist einleuchtend. So beschreibt denn auch Killian einen von ihm beobachteten Fall von lateralem, tiefen Zungenabszeß, mit Übergreifen des entzündlichen Infiltrats auf den Retroviszeralraum. Für die Eröffnung des medianen tiefliegenden Zungenabszesses fordert Killian die Durchtrennung der Haut zwischen Kinn und Zungenbein in der Mittellinie, dann Auseinandertrennung der Musculi genioglossi an ihrer Berührungsstelle und weiteres stumpfes Vorgehen in die Tiefe. Zur Eröffnung des lateralen Spaltraumes, des gewöhnlichen Sitzes der tiefen Zungenabszesse wird der Hautschnitt seitlich wie bei der typischen Unterbindung der Arteria lingualis ausgeführt. Nach Unterbindung der Vena facialis anterior und der Arteria maxillaris interna wird die Glandula submaxillaris nach oben geklappt. Hierauf kommt der Musculus hyoglossus zum Vorschein und auf diesem hinziehend der Nervus hypoglossus. Der letztere wird beiseite gehalten und nach stumpfer Durchtrennung des Musculus hyoglossus dringt man in den lateralen Spaltraum ein.

Brunk ist ohne Vorkenntnis der Arbeit I. A. Killians vorgegangen. Er berichtet über 2 Fälle, die er nach dieser Methode operiert hat, nachdem Inzision vom Munde aus in die Zunge ohne Erfolg geblieben war. In diesen beiden Fällen von tiefem Zungenabszeß war er gezwungen, für schnelle Entleerung des Eiters zu sorgen, da bereits eine starke Inanition sich bemerkbar machte, und bei einem Kranken sich ein Larynxoedem entwickelte. Die Abszesse bei den Kranken waren nicht genau zu umschreiben. Von der Mundhöhle aus fühlte man nur derbe Infiltrate, die auch wohl einen Teil der Schuld trugen, daß die Inzisionen vom Munde aus ohne Erfolg geblieben waren. Ob sich die Abszesse im Bereich der von Killian beschriebenen Spalträume entwickelt hatten, kann Brunk nicht sicher sagen. Im Falle 1 liegt die Wahrscheinlichkeit vor, daß der Abszeß im lateralen Spaltraum der Zunge seinen Ausgang genommen hat, während im Falle 2 der Abszeßherd mehr medial lag, d. h. aller Wahrscheinlichkeit nach im medialen Zungenspalt zwischen den Musculi genioglossi. Für die Lokalisierung des 2. Abszesses spricht auch das Übergreifen der Entzündung auf den Kehlkopfeingang ohne stärkeres Befallensein einer Seite.

Auch Brunk erscheint der Zusammenhang der Bindegewebssepten der Zunge mit dem Retroviszeralraum und der Halsspalte wesentlich, da eine Ausbreitung der eitrigen Entzündung der Zunge auf die miteinander in Verbindung stehenden Septen durchaus nicht selten vorkommt.

Von Bergmann und Brunk machen auf die Angina Ludowici als Komplikation des Zungenabszesses aufmerksam, der im lateralen Spaltraum seinen Sitz hat. Dieses laterale Bindegewebsseptum ist nach unten zu nur durch den Muskulus mylohyoideus abgeschlossen. Durchdringt die Entzündung diesen Muskel, so bekommen wir die oben schon erwähnte Mundbodenphlegmone.

Krieg berichtet von 5 in seiner Klinik beobachteten Fällen von Zungengrundabszessen, die alle nach der Killianschen Angabe operiert wurden. Er schreibt deswegen, „daß man sich nicht mit langen explorativen Versuchen durch Inzision vom Munde aus aufhalten soll, die doch meist in ihrem Erfolg zweifelhaft sind, abgesehen von den Gefahren, die sich dem im Dunkel tappenden Messer bieten."

Unter den 5 von Krieg beobachteten Fällen von Zungengrundabszeß ist der Verlauf eines Abszesses chronisch, während die übrigen 4 Fälle akut fieberhaft verliefen. Einen Auszug aus der Krankengeschichte des von Krieg beschriebenen chronischen Zungenabszesses lasse ich folgen.

K. H., stud. med., 24 Jahre.

Vor 4 Wochen hatte Patient 2 Tage vorübergehend leichte Schluckbeschwerden, die vornehmlich in der rechten Zungenseite ihren Sitz hatten. Vor 8 Tagen wieder Auftreten von Schmerzen in der rechten Zungenseite, die bald an Stärke zunahmen. Das Schlucken wurde äußerst schmerzhaft. Seit 2 Tagen war auch das Schlucken von Flüssigkeiten fast unmöglich. Ausstrahlen der Schmerzen ins rechte Ohr, besonders bei Nacht. Sprache war stark behindert. Reichliche Speichelabsonderung.

Der Befund ergab eine mäßige Schwellung der rechten Zungenseite, die nur durch Spiegelbefund festzustellen war. Diese Schwellung war auf den rechten Zungengrund beschränkt, ohne eine genaue Abgrenzung festsetzen zu können. Das Vorstrecken der Zunge war schmerzhaft und nur in geringem Grade möglich. Außen fühlte man neben dem Kieferwinkel rechts in der Gegend des Zungengrundes eine leichte druckempfindliche Anschwellung.

Operation nach I. A. Killian. Hautschnitt in Lokalanaesthesie, parallel dem Zungenbein. Nach Freilegung des Musculus hyoglossus stumpfes Vorgehen durch diesen in Richtung auf den Zungengrund. Nach Einführung des linken Zeigefingers in die Mundhöhle und Herabdrängen des Abszesses stößt man auf Eiter. Einlegen eines Streifens. Sofort nach der Operation konnte Patient schon besser schlucken. Das Allgemeinbefinden besserte sich schnell. Nach 10 Tagen steht Patient auf. Die Sekretion aus der Operationswunde ist bei der Entlassung am 13. Tage nach der Operation nur gering.

Über die verschiedenen Operationsmethoden können wir zusammenfassend sagen, daß bei dem oberflächlich gelegenen Zungenabszeß wohl nur ihre Eröffnung vom Munde her in Frage kommt. Sind die Abszesse aber im hinteren Teil der Zunge lokalisiert und dazu noch in der Tiefe liegend, so ist wegen der schlechten Übersicht und der ungenauen Abgrenzung des Abszesses die Eröffnung vom Munde aus nicht nur unsicher, sondern auch gefährlich. In diesem Falle soll man den Zungenabszeß von außen angehen, d. h. nach Freilegung des Musculus hyoglossus und stumpfem Auseinanderdrängen seiner Fasern Spaltung des Abszesses. Dieser Operationsweg ist für laterale und mediane Zungenabszesse anwendbar. Bei letzterem ist aber die hierfür von Killian angegebene Operationsmethode vorzuziehen, die das Vorgehen in der Medianebene über dem Zungenbein vorsieht.

Rückblickend ist zu sagen, daß die chronischen Zungenabszesse entsprechend der Veröffentlichung im Schrifttum ihren Sitz am häufigsten im Zungengrund haben. Aus diesem Grunde und ferner darum, weil die oberflächlich gelegenen Abszesse in der Regel komplikationslos verlaufen und einfach zu behandeln sind, betreffen auch die meisten Veröffentlichungen von Zungenabszessen, solche der hinteren und tieferen Teile dieses Organs. Weiterhin ersehen wir aus dem Schrifttum, daß das Krankheitsbild der Zungenabszesse in einem hohen Hundertsatz chronisch verläuft, daß Fieber gänzlich fehlt, oder nur ein geringer Fieberanstieg zu verzeichnen ist. Bedrohliche Krankheitsbilder treten nur dort auf, wo der Abszeß infolge der Eigenart seiner Lage schwere Verdrängungen und Stauungserscheinungen hervorrufen kann, die selbst zur Inanition und Erstickung führen können. Greift die eitrige Entzündung auf den Retroviszeralraum und die großen Gefäßspalten des Halses über und bilden sich hier ausgedehnte Phlegmonen, die bis ins Mediastinum hineinreichen und eine

eitrige Mediastinitis hervorrufen können, so ist das Schicksal des Patienten meistens besiegelt. Solche Fälle sind aber nur selten beschrieben worden. Häufiger dagegen kann es infolge spontanen Durchbruches des Abszesses in die Mundhöhle oder nach Eröffnung vom Munde her, vor allem wenn sie in Narkose ausgeführt wird, zur Aspiration von Eiter und damit zur Schluckpneumonie, die immerhin ein sehr ernstes Krankheitsbild ist, kommen.

Schrifttumsverzeichnis.

Boeckel: Neue Methode der Eröffnung tiefer Abszesse der Zungenbasis bei Glossitis phlegmonosa. Memoire de la Societé de Medicine de Straßburg. 1885. Ref. Internationales Zentralblatt für Laryngologie. 3, 208. 1886/87.

Brunk: Über Operationen an tiefliegenden Zungenabszessen. Deutsche Medizinische Wochenschrift. 34, 1013, 1908.

Brüning: Glossitis phlegmonosa. Kirschner Nordmann, die Chirurgie, Berlin. Urban & Schwarzenberg. 4 I., 31, 1927.

Butlin: Krankheiten der Zunge, Übersetzt von Bereguszy. Wien 1887.

Combier et Murard: Les abscès de langue. Presse med. 73, 789, 1922.

Charles: Fall von Zungenabszeß nach Glossitis. Britisch Medical Journal. Ref. Internationales Zentralblatt für Laryngologie. 3, 339, 1886.

Escat: Phlegmonöse Zungenmandelentzündung. Societé francaise d'Otologie, de Rhinologie, de Laryngologie. Ref. Internationales Zentralblatt für Ohrenheilkunde. 402, 1905.

Garré-Borchard: Krankheiten der Zunge. Lehrbuch der Chirurgie, Leipzig. F. C. W. Vogel. 98, 1928.

Güterbock: Über Hemiglossitis. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 22, 1885.

— Neue Beiträge zur Hemiglossitis. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 23, 1886 5/6 N.

Hoheneggg-Payr: Die entzündlichen Veränderungen der Zunge, Lehrbuch der speziellen Chirurgie, Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg. 1, 354, 1927.

Hopmann: Zungenabszesse. Sammlung von Abhandlungen über Nasen-, Ohren-, Mund- und Halsleiden. 4, 225, 1900.

Krieg: Über Zungengrundabszesse. Archiv für Laryngologie und Rhinologie. 33, 120, 1920.

Schech: Die Krankheiten der Mundhöhle. Archiv für Laryngologie. 1, 57.

Seifert: Tonsillitis praeepiglottica phlegmonosa. Archiv für Laryngologie. 1, 1.

Willensky-Huckerny: Abscess of the Tongue. Annals of Surgery. 528, 496.

Zose: Ein Todesfall nach Zungenentzündung. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1280, 1893.

Lebenslauf.

Am 7. 6. 1907 wurde ich als Sohn des Architekten Franz Lohmann und seiner Ehefrau Anna geb. Randebrock in Recklinghausen geboren. Von meinem 6. Lebensjahr besuchte ich 4 Jahre die Volksschule und ging anschließend auf das Städtische Gymnasium in Recklinghausen, an dem ich Ostern 1928 meine Reifeprüfung ablegte. In den folgenden Jahren studierte ich Medizin an den Universitäten Münster, Rostock, Hamburg, Würzburg, Prag, Graz, Frankfurt und Marburg. Nach meinem 11. Studiensemester bestand ich an der Medizinischen Fakultät der Universität Marburg das Staatsexamen. Meine Praktikantenzeit verbrachte ich am Prosper-Hospital zu Recklinghausen und arbeitete dort anschließend bis zum 1. 10. 1935 als Assistent der inneren Abteilung. Ab 1. Oktober 1935 war ich als Assistenzarzt auf der inneren Abteilung des St. Marien-Krankenhauses in Berlin S.-O 36, tätig. Vom 1. 8. 1936 bin ich am St. Antonius-Krankenhaus, Bln.-Karlshorst auf der inneren Abteilung beschäftigt.